

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВПЕРВЫЕ РАЗВИВШИМСЯ СУДОРОЖНЫМ ПРИПАДКОМ

А.Д. Наумов¹, Г.И. Наумова², О.И. Прусакова³, Н.С. Дейкало³, И.Г. Рандаренко³, А. Г. Брестский³, Ю.А. Сачек⁴

¹УО «Витебская государственная академия ветеринарной медицины»

²УЗ «Витебский областной диагностический центр»

³УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

⁴УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»

Реферат

Первый припадок - это один или несколько припадков, которые развились у пациента впервые и могут повторяться в течение 24 часов, с полным восстановлением сознания между ними. Для определения прогноза первого эпилептического припадка и выработки терапевтической тактики рекомендуется кроме клинических характеристик, которые имеют уровень доказательности 3, класс рекомендаций В, проведение общего соматического и неврологического обследования (уровень доказательности 3, класс рекомендаций В), биохимическое исследование крови (уровень доказательности 2, класс рекомендаций В), электроэнцефалография (уровень доказательности 3, класс рекомендаций В) и компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга (уровень доказательности 2, класс рекомендаций В).

При наличии первого острого симптоматического припадка (метаболическая энцефалопатия, острая травма ЦНС у пациентов с устранимым лежащим в основе припадка состоянием) рекомендуется лечение заболевания, явившегося причиной припадка. Симптоматическая терапия первого неспровоцированного припадка неправомерна, если только припадок не является эпилептическим статусом.

Ключевые слова: судорожный припадок, эпилептический статус, головной мозг.

ПЕРВЫЙ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ ПРИПАДОК

Первый припадок – это очень часто случающееся и пугающее событие, как для самого пациента, так и для его близких и окружающих людей. Согласно критериям Международной Противозепилептической лиги, первый припадок - это один или несколько припадков, которые развились у пациента впервые и могут повторяться в течение 24 часов, с полным восстановлением сознания между ними [1].

Первый судорожный припадок до сих пор остается серьезной проблемой для неврологов. Это связано с тем, что, во-первых, при эпилептических припадках необходимо провести дифференциальный диагноз с другими пароксизмальными состояниями, которые имеют другой прогноз и требуют другого терапевтического подхода. Во-вторых, эпилептические припадки имеют стереотипные эпизодические проявления, которые могут рецидивировать в любом возрасте и в подавляющем большинстве случаев имеют непредсказуемую частоту. В-третьих, этиология судорог различна, что может влиять на вероятность их рецидива в различной степени. По времени наступления припадка и возможности устранения провоцирующего фактора можно с высокой точностью предсказать риск рецидива. В-четвертых, у многих пациентов судороги часто остаются редкими, и по этой причине лекарственная терапия не назначается из-за того, что противосудорожные средства могут давать серьезные побочные эффекты, а стоимость большинства новейших препа-

ратов достаточно высока. В-пятых, даже если припадки случаются достаточно редко, они представляют риск для жизни отдельного пациента и ограничивают его/ее социальную адаптацию. В-шестых, припадки могут ограничивать некоторые виды индивидуальной деятельности больного (школа, выбор профессии, водительские права, беременность и т.д.) и таким образом оказывать существенное влияние на качество жизни больного. В-седьмых, припадок может быть причиной возникновения неотложного состояния или, по крайней мере, восприниматься как таковой, требуя проведения неотложных терапевтических вмешательств, что способствует принятию решения о длительной противосудорожной терапии. И, наконец, припадки могут развиваться у пациентов, которые принимают лекарственные средства в связи с другими заболеваниями, что может привести к нежелательным явлениям при их взаимодействии с противозепилептическими препаратами [2].

Первый припадок может быть: эпилептическим, острым симптоматическим, отдаленным симптоматическим, прогрессирующим симптоматическим и психогенным.

1. Эпилептический припадок – преходящее появление признаков и/или симптомов в результате патологической или усиленной активности нейронов головного мозга [3].

2. Острый симптоматический припадок – это термин, использующийся для обозначения припадков, развивающихся при тяжелом повреждении головного мозга или в четкой временной зависимости от докумен-

тально подтверждения острого повреждения головного мозга [4].

3. Отдаленный симптоматический припадок – это припадок, развивающийся без очевидного провоцирующего фактора, но с наличием предшествовавшего припадку диагностируемого серьезного повреждения головного мозга, например, тяжелой травмы или сопутствующего заболевания [1].

4. Судорожный припадок, развивающийся в отсутствие потенциально ответственного за него клинического состояния или за пределами временного интервала, для которого возможны острые симптоматические припадки и вызванный прогрессирующим повреждением (например, опухолью или дегенеративным заболеванием) – называется прогрессирующим симптоматическим [4].

5. Психогенный припадок – преходящие нарушения поведения без какой-либо органической основы. В классификации DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) такой приступ классифицируется как соматоформное нарушение, в то время как по классификации МКБ-10 (ВОЗ, 1992) такой приступ классифицируется как диссоциативные судороги и относится к группе конверсионных расстройств [2].

Эпилептический, отдаленный симптоматический и прогрессирующий симптоматический припадки являются неспровоцированными припадками.

Острые симптоматические припадки отличаются от эпилепсии по некоторым важным признакам. Во-первых, в отличие от эпилепсии, непосредственная причина этих припадков четко определяется. При наличии четкой временной связи существует вероятность, что причинами припадка стали такие состояния, как уремия, травма головы, гипоксия или инсульт, которые всегда предшествуют припадку или развиваются одновременно с ним. Причинная связь подтверждается также в случаях, когда острое нарушение целостности головного мозга или метаболического гомеостаза развивается в связи с инсультом. Во многих случаях более тяжелая травма повышает вероятность развития судорог. Во-вторых, в отличие от эпилепсии, острые симптоматические припадки не обязательно рецидивируют при рецидивах состояний, ставших их причиной. В-третьих, хотя острые симптоматические припадки являются бесспорным фактором риска эпилепсии, их нельзя включить в определение эпилепсии, для которой необходимо наличие двух и более неспровоцированных припадков [4].

Неспровоцированный припадок – это припадок или серия припадков, развившихся в течение 24 часов у пациента в возрасте старше 1 месяца в отсутствие провоцирующих факторов.

Неспровоцированные припадки могут быть единичными или рецидивирующими. Хотя у всех пациентов с одиночными неспровоцированными припадками есть вероятность эпилепсии, рецидив припадков наступает лишь в половине случаев [5]. При популяционных исследованиях выявлен 36-37 % риск рецидива припадков в течение 1 года и 43-45 % риск рецидива в течение 2 лет. После второго неспровоцированного

припадка риск третьего оценивается в 73 %, а четвертого – в 76 % [5].

Различия между провоцируемыми и неспровоцированными припадками и между одиночными и рецидивирующими припадками важны для диагностики эпилепсий и прогностического консультирования. Кроме того, для принятия решений по лечению и прогнозу заболевания важно различать острые симптоматические и неспровоцированные припадки.

Описание эпилепсии Гуверсом – «каждый приступ облегчает наступление следующего за счет увеличения нестабильности нервных волокон» увековечено фразой «припадки влекут за собой припадки». Из-за этого, а также из-за методологически несовершенных исследований, в которых предполагаемый риск рецидива вслед за первым неспровоцированным припадком, существовало мнение о необходимости лечения первого припадка. В более поздних исследованиях, включая хорошо организованные проспективные рандомизированные клинические исследования, позволили точнее оценить общий риск рецидивов в будущем и выделить факторы, которые помогли бы выделить лиц с относительно высоким и относительно низким риском рецидива.

РИСК ПОВТОРЕНИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ПРИПАДКА

Риск рецидива после первого неспровоцированного припадка изучен в многочисленных исследованиях. Два исследования позволяют с определенностью оценить риск рецидива после нелеченного первого неспровоцированного припадка. Это многоцентровое исследование из Италии FIR.S.T (First Seizure Trial Group) и общеевропейское (the European-wide) многоцентровое исследование эпилепсии и исследование одиночных припадков, или MESS, которые включали как первые припадки, так и впервые диагностированную эпилепсию. В исследование включены 193 пациента, рандомизированных относительно лечения, начало которого было отсрочено до появления второго припадка (т.е. изначально не леченных), риски рецидива составили 18 %, 28 %, 41 % и 51 % к 3, 6, 12 и 24 месяцам после первого припадка. В исследовании MESS 408 пациентов с первым неспровоцированным припадком были рандомизированы по группе с отсроченным лечением. У них риск рецидива к 6 месяцу, 2, 5 и 8 годам после рандомизации составил 26 %, 39 %, 51 % и 52 % соответственно. В среднем объединенные данные этих наблюдательных исследований позволили оценить риск рецидива в течение 2 лет в пределах 40 %, в зависимости от методики исследования [5].

В обоих рандомизированных исследованиях, особенно во втором, удалось продемонстрировать картину, виртуально наблюдаемую во всех долговременных наблюдательных исследованиях по первым припадкам [5]. В частности, то, что риск рецидива является наиболее высоким в период непосредственно после первого припадка. В многочисленных исследованиях с длительным периодом последующего наблюдения у 80-90 %

лиц с рецидивировавшими припадками рецидив развился в течение 2 лет [6].

Влияние лечения

Влияние лечения на риск рецидивов четко продемонстрировано в этих же двух крупных исследованиях. В исследовании FIR.S.T. 37 пациентов всех возрастов были рандомизированы по назначению немедленного (N=204) или отсроченного до появления второго припадка лечения (N=193) (First Seizure Trial Group, 1993). По сравнению с группой нелеченных больных риск рецидива был существенно ниже в группе больных, которым лечение было назначено сразу же после первого припадка. К 3, 6, 12 и 24 месяцам после рандомизации этот риск в группе больных, которым лечение было назначено немедленно, составил 7 %, 8 %, 17 % и 25 % по сравнению с 18 %, 28 %, 41 % и 51 % соответственно в группе с отсроченным началом лечения. Общее соотношение рисков для немедленного и отсроченного лечения составило 0,4, указывая на 60 % снижение частоты рецидивов при немедленном назначении лечения по сравнению с отсроченным.

В исследовании MESS участвовали 812 пациентов с первым припадком. Риск рецидива у 404 пациентов, рандомизированных по немедленному лечению, составил 18 %, 32 %, 42 % и 46 % к 6 месяцу, 2, 5 и 8 годам после рандомизации по сравнению с 26 %, 39 %, 51 и 52 % в группе с отсроченным лечением. Общий относительный риск в этом исследовании (первый припадок и впервые диагностированная эпилепсия одновременно) составил 1,4 для нелеченных пациентов по сравнению с лечеными. Это соответствовало эффекту уменьшения риска рецидива приблизительно на 30 %.

Различия во влиянии лечения между этими двумя исследованиями оказались значительными (60 % и 30 %). Причины этих различий не являются очевидными, хотя оценка в исследовании MESS, где скомбинированы данные о пациентах с первым припадком и впервые выявленной эпилепсией. Кроме того, относительный риск оценивался исходя из более длительного периода наблюдения, до 8 лет. Ко 2 году наблюдения после рандомизации, однако, влияние лечения было еще более скромным в исследовании MESS по сравнению с FIR.S.T. Большинство различий между этими двумя исследованиями отмечалось в группах лечения и могло отражать степень строгости выполнения начальной методики рандомизации пациентов [5].

Изменения при электроэнцефалографии (ЭЭГ) и неврологического статуса

Считают, что существует два фактора, оказывающих влияние на риск рецидива как у детей, так и у взрослых. Это патологические изменения ЭЭГ (особенно наличие эпилептиформной активности) и наличие причины припадка или выявление патологических изменений при неврологическом обследовании. Эти два фактора могут взаимно усиливать друг друга, т.е. риск рецидива выше у лиц, имеющих симптоматическую этиологию припадка и патологические изменения ЭЭГ, по сравнению с имеющими лишь один из указанных факторов [5].

В исследовании MESS лица с нормальной ЭЭГ и нормальным неврологическим статусом составили группу наименьшего риска рецидива, который составил приблизительно 20 %, 25 % и 30 % через 1, 2 и 4 года после рандомизации.

В большинстве наблюдательных исследований также отмечается, что симптоматическая этиология припадков и патологические изменения на ЭЭГ являются надежными факторами, позволяющими оценить риск рецидива [5, 6].

Возраст

Среди наблюдательных исследований не обнаружено убедительных данных связи между риском рецидива припадков и возрастом пациента, которые нельзя было бы объяснить различным распределением симптоматической эпилепсии и патологических изменений ЭЭГ [5].

Генерализованные и парциальные припадки

На первый взгляд может показаться, что риск рецидива при парциальных припадках повышен; однако часто это происходит из-за того, что эти припадки являются симптоматическими и сопровождаются изменениями на ЭЭГ [5].

Данные, касающиеся независимого эффекта парциальных судорог по сравнению с генерализованными, являются, в лучшем случае, слабыми и вариабельными [5, 6]. И все же повышенный риск рецидива при парциальных припадках нельзя совершенно исключить, особенно у лиц с симптоматическим первым припадком [5, 6].

Тип припадка

За исключением результатов исследований по генерализованным и парциальным судорогам, нет данных, четко указывающих на то, что больший или меньший риск рецидива зависит от типа первого припадка, если он является неспровоцированным [5].

Фаза сна

Существует значительное количество данных, позволяющих предполагать, что риск рецидива выше, если первичный припадок наступает во время сна, хотя не все сообщения согласуются с этими данными. При наступлении первого припадка во время сна риск рецидива может быть повышенным, но существует также вероятность того, что иногда припадок, развившийся во время сна, невозможно четко отличить от припадка, развившегося во время пробуждения. Это повышает вероятность того, что у большей части пациентов, у которых первый припадок наступил во сне, по сравнению с теми, у кого припадок развился во время пробуждения, на самом деле ранее уже мог быть один или более припадков [5].

Семейный анамнез

Несколько типов эпилепсии имеют стойкую генетическую основу, и в таких случаях повышена вероятность наличия припадков у кого-либо из других членов семьи. Однако на основании имеющихся данных нельзя с уве-

ренностью сказать, повышается ли вероятность риска рецидива при первом припадке в таких случаях [5].

Фебрильные судороги в анамнезе

Взаимоотношения между фебрильными судорогами и эпилепсией сложны. В некоторых случаях «фебрильные судороги» могут на самом деле быть первым симптомом эпилепсии. Это особенно очевидно при синдроме Драве, который в $\frac{3}{4}$ всех случаев изначально проявляется судорожным фебрильным припадком. Опубликованные данные, касающиеся прогностической значимости наличия в анамнезе фебрильных судорог у лиц с первым неспровоцированным припадком, противоречивы. Возможно, существует повышенный риск рецидива, связанный с наличием фебрильных судорог в прошлом в группе лиц с отдаленными симптоматическими первыми неспровоцированными припадками. У лиц с неизвестной причиной первого припадка фебрильные судороги в анамнезе имеют меньшее значение, хотя нельзя исключить и некоторое повышение риска рецидива [5].

Повторение эпилептического припадка

Если у пациента с первым припадком случился рецидив, то у такого пациента существует высокая вероятность развития рецидивов в будущем. В одном проспективном исследовании, преимущественно у взрослых, риск первого рецидива составил 21 %, 27 % и 33 % через 1, 2 и 5 лет после первого припадка. Риск второго рецидива приближается к 90% в группе лиц с отдаленными симптоматическими припадками и достигает 60% в группе с криптогенными/идиопатическими припадками. В отдельном исследовании, проведенном исключительно на детях, риск второго рецидива составил 57 %, 3 % и 72 % через 1, 2 и 5 лет после первого рецидива, что почти не отличается от показателей у взрослых. Симптоматическая этиология оказалась наиболее надежным фактором риска второго рецидива (относительный риск 1,69, ДИ 1,17-245, $p=0,005$). У тех детей, у которых первый рецидив развился в течение 6 месяцев после первого припадка, также имелся значительно более высокий риск второго рецидива по сравнению с теми, у кого первый рецидив наступил позже. Выраженность этого эффекта была такой же, как и для симптоматической этиологии (rate ratio=1,6, ДИ 1,14- 2,26, $p=0,007$) [5].

Действие на потомство

Прием наиболее распространенных ПЭС в течение первого триместра беременности повышает риск развития врожденных дефектов у плода. При этом ПЭС, совершенно безопасных для развития эмбриона, не существует [10]. Доказано, что некоторые ПЭС, особенно вальпроевая кислота, могут оказывать отрицательное влияние на умственное развитие ребенка [5]. Установлено, что для женщин детородного возраста с рецидивирующими припадками соотношение риск/польза в основном свидетельствует в пользу начала лечения. В то же время для женщин с единственным припадком ситуация несколько иная и требует тщательной

оценки возможных побочных эффектов на потомство до назначения лечения. В целом риск крупных пороков развития у детей, внутриутробно подвергшихся действию ПЭС, повышен почти в два раза по сравнению с остальной популяцией, что в целом соответствует абсолютному риску в 4-7 % по сравнению с 2-3 % для плодов, не подвергавшихся внутриутробно действию ПЭС [10]. Существуют также доказательства того, что риск тератогенных эффектов выше при приеме вальпроевой кислоты и, возможно, фенobarбитала, чем при использовании других распространенных ПЭС [10]. Хотя и можно рассмотреть вариант уменьшения дозы или прекращения лечения у женщин, у которых было решено начать лечение после первого припадка, важно помнить, что к моменту установления беременности и медицинского консультирования врожденные дефекты уже могут развиться, кроме того, существует опасность рецидива припадков или эпилептического статуса при слишком быстром прекращении лечения.

Диагностические и терапевтические мероприятия для пациента с первым припадком далее будут представлены в соответствии со степенью достоверности данных (см. приложение 1).

Для определения прогноза первого эпилептического припадка и выработки терапевтической тактики рекомендуется учитывать следующие клинические характеристики (уровень доказательности 3, класс рекомендаций В):

- Возраст.
- Оценка высших корковых функций и поведения.
- Клинические признаки припадка.
- 1. Симптомы, наблюдающиеся во время припадка:
 - Аура: субъективные ощущения.
 - Поведение: изменения настроения или поведения до начала припадка.
 - Симптомы до начала припадка: описываются пациентом или свидетелем припадка.
 - Голосовые симптомы: крик или удушье, нечленораздельная речь.
 - Двигательные нарушения: мотание головой, закатывание глаз, запрокидывание головы, подергивания (ритмические), ригидность, амбулаторные автоматизмы (бессмысленные движения, например, поиск, застегивание и расстегивание одежды, причмокивание губами); генерализованные или фокальные движения.
 - Дыхание: изменение типа дыхания, остановка дыхания, цианоз.
 - Вегетативные расстройства: расширение зрачков, слюнотечение, изменение ритма дыхания и сердечного ритма, непроизвольное мочеиспускание и дефекация, бледность кожных покровов, рвота.
 - Потеря сознания или невозможность понимать обращенную речь или говорить.
- 2. Симптомы, наблюдающиеся после припадка:
 - Амнезия.
 - Дезориентация.
 - Вялость, заторможенность, апатия.
 - Сонливость.
 - Головная боль и боли в мышцах.
 - Паралич Тодда.

- Тошнота или рвота.
- Ритм сна/бодрствования.
- Сопутствующие симптомы/состояния: лихорадка, инфекционное заболевание, травма, дегидратация, артериальная гипертензия.
- Провоцирующие факторы: депривация сна, интоксикация, фотостимуляция, другие стимулы.
- Сопутствующие заболевания (предшествующие или текущие).
- Эпилепсия/припадки в семейном анамнезе [7].

Рекомендуется проведение следующего обследования (уровень доказательности 3, класс рекомендаций В):

- Общее соматическое обследование.
- Неврологическое обследование.

Из всего многообразия симптомов надежными индикаторами эпилептической природы судорожного припадка являются цианоз и, в меньшей степени, гиперсаливация (сопутствующие симптомы) и прикусывание языка и дезориентация (симптомы, появляющиеся после припадка).

Закрытые во время тонико-клонической фазы припадка глаза свидетельствуют в пользу диссоциативного припадка с чувствительностью 96 % и специфичностью 98 % [7].

Рекомендуется проведение следующих биохимических исследований крови (уровень доказательности 2, класс рекомендаций В):

- Общий анализ крови.
- Глюкоза.
- Мочевина.
- Электролиты.
- Кальций.
- Креатинин.
- АлТ, АсТ.
- Креатинкиназа/пролактин.
- Анализ мочи.
- Токсикологические тесты (где необходимо).

За исключением детей первых 6 мес. жизни, у которых гипонатриемия (<125 мМ/л) в 70 % случаев сопутствует эпилептическим припадкам, метаболические нарушения (гипер- и гипогликемия, электролитные нарушения и др.) редко обнаруживаются у детей и взрослых при биохимическом/гематологическом скрининге после припадка (уровни доказательности 1 и 2) [7].

Для дифференцирования между эпилептическими припадками и психогенными неэпилептическими припадками полезно определение уровня пролактина в сыворотке (двукратное превышение базального уровня или >36 нг/мл), что позволяет предположить либо генерализованные тонико-клонические, либо комплексные парциальные припадки (уровни доказательности 1 и 2) [7, 8].

Рекомендуется проведение электроэнцефалографии (ЭЭГ) (уровень доказательности 3, класс рекомендаций В):

У детей с первым припадком наличие фокального замедления или эпилептиформной активности на ЭЭГ повышают риск рецидива припадка (уровень доказательности 1) [7].

У детей с криптогенным припадком риск рецидива удваивается при обнаружении патологических изменений на ЭЭГ (уровень доказательности 1) [7].

У взрослых прогностическая ценность ЭЭГ в отношении риска рецидива меньше. Если стандартная ЭЭГ, записанная во время бодрствования, неинформативна, рекомендуется записать ЭЭГ на фоне сна (уровень доказательности 2, класс рекомендаций В) [7].

ЭЭГ, записанная в течение 24 ч после припадка, с большей степенью вероятности помогает выявить эпилептиформную активность, чем записанная в последующие дни [7].

Напротив, замедление базальной активности ЭЭГ через 24-48 часов после припадка может быть преходящим и должно интерпретироваться с осторожностью [7].

Рекомендуется проведение компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга (уровень доказательности 2, класс рекомендаций В):

Хотя патологические изменения можно обнаружить почти у половины взрослых и почти у одной трети детей, вклад нейровизуализационных методов исследования ограничен у пациентов с имеющимися эпилептогенными повреждениями мозга и/или парциальными припадками (уровни доказательности 1 и 2) [7].

Нет данных о том, что при неотложных состояниях МРТ лучше, чем КТ (по крайней мере, у детей) [7].

Ценность КТ-исследования при отсутствии патологических изменений неврологического статуса и ЭЭГ составила 5-10 % [8].

Несмотря на то, что до 1/3 детей имеют патологические изменения, которые выявляются с помощью нейровизуализации, большинство этих находок не влияют на дальнейшую тактику лечения и ведения пациентов, например, на необходимость госпитализации и назначение дальнейшего обследования [8].

Показанная к исследованию цереброспинальной жидкости (уровень доказательности 2, класс рекомендаций В).

Благодаря высокой чувствительности и специфичности исследование спинномозговой жидкости обычно выполняют при фебрильных припадках, сопровождающихся менингеальными симптомами, для исключения инфекции головного мозга. У детей до 6-месячного возраста с нарушением сознания и неполным восстановлением сознания в спинномозговой жидкости могут наблюдаться патологические изменения даже при отсутствии симптомов раздражения мозговых оболочек. Напротив, ценность исследования спинномозговой жидкости у пациентов с первым нефебрильным припадком до сих пор не определена (уровни доказательности 2 и 3). [7].

Лечение (уровень доказательности 3, класс рекомендаций В)

При наличии первого острого симптоматического припадка (метаболическая энцефалопатия, острая травма ЦНС у пациентов с устранимым лежащим в основе припадка состоянием) рекомендуется лечение заболевания, явившегося причиной припадка.

Симптоматическая терапия первого неспровоцированного припадка неправомерна, если только припадок не является эпилептическим статусом [7, 9, 10].

Решение о начале лечения противоэпилептическими средствами после первого припадка в значительной мере зависит от риска рецидива. Хотя этот риск может существенно различаться в разных случаях, он самый высокий у пациентов с наличием патологических изменений ЭЭГ и подтвержденной (документально) травмой головного мозга. В целом риск рецидива самый высокий в течение первых 12 месяцев и снижается почти до 0 через 2 года после припадка. В исследованиях, соответствующих первому и второму уровням доказательности, показано, что лечение первого непровоцируемого припадка снижает риск рецидива в последующие 2 года, но не влияет на отдаленные исходы как у детей, так и у взрослых [7, 8, 9].

Можно рассмотреть возможность лечения у больных с повышенным риском рецидива (по данным электрофизиологических и визуализационных методов исследования; чаще всего это структурные аномалии ЦНС и/или патологические изменения ЭЭГ) и/или у тех, у кого с учетом социальных, эмоциональных и индивидуальных последствий как рецидива припадков, так и лечения самого по себе, соотношение риск/польза склоняется в пользу последней [11, 12, 13].

Для того, чтобы оценить риск рецидива, провести дифференциальный диагноз и принять решение о назначении лечения, необходима консультация невролога, который специализируется по проблеме эпилепсии. Вот почему все пациенты, с впервые развившимся судорожным припадком должны быть проконсультированы в специализированных центрах или кабинетах в течение 1-2 недель после припадка. Так как поиск дополнительной информации при ведении пациентов, у которых впервые развился судорожный припадок, требует времени, а его проведение и хорошая организация в настоящее время обязательны, актуальна проблема организации специализированных структурных подразделений по работе с пациентами, страдающими эпилепсией. Примером такой структуры в Республике Беларусь может быть отделение пароксизмальных состояний при Витебском областном диагностическом центре. В его составе организован кабинет по приему пациентов с впервые развившимся судорожным припадком и некурабельной эпилепсией для взрослых и детей. Это позволило проводить раннюю диагностику объемных образований головного мозга и дифференциальную диагностику в соответствии со стандартами диагностики эпилепсии, снизить число госпитализаций пациентов с эпилепсией на 30 % и повысить качество жизни пациентов с пароксизмальными состояниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Hirtz D., Berg A., Bettis D., Camfield C. et al. Practice parameter: Treatment of the child with a first unprovoked seizure: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child neurology Society. // Neurology. 2003. – Vol. 60. – P. 166-175.

2. Beghi E. The management of a first seizure – Still a major debate. // Epilepsia. 2008. – Vol. 49 (Suppl.1). – P.1.
3. Perrig S., Jallon P. Is the first seizure truly epileptic? // Epilepsia. 2008. – Vol. 49 (Suppl. 1). – P. 2-7.
4. W.Allen Hauser, Beghi E. First seizure definitions and worldwide incidence and mortality. // Epilepsia. 2008. – Vol. 49 (Suppl.1). – P. 8-12.
5. Anne T.Berg. Risk of recurrence after a first unprovoked seizure. // Epilepsia. 2008. – Vol. 49 (Suppl.1). – P. 13-18.
6. Pohlmann-Eden B., Newton M. First seizure: EEG and neuroimaging following an epileptic seizure. // Epilepsia. 2008. – Vol. 49 (Suppl. 1). – P. 19-25.
7. Beghi E., Giovanni De Maria, Gobbi G. et al. Diagnosis and treatment of the First Epileptic Seizure: Guidelines of the Italian League Against epilepsy. // Epilepsia. 2006. – Vol. 47 (Suppl.5). – P. 2-8.
8. Hirtz D., Ashwal S., Berg A. et al. Practice parameter: Evaluating a first nonfebrile seizure in children: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology, the Child Neurology Society, and the American Epilepsy Society. // Neurology. 2000. – Vol. 55. – P. 616-623.
9. David W. Chadwick. The treatment of the first seizure: the benefits. // Epilepsia. 2008. – Vol. 49 (Suppl.1). – P. 26-28.
10. Perucca E. The treatment of the first seizure: The risks. // Epilepsia. 2008. – Vol. 49 (Suppl. 1). – P. 29-34.
11. Beghi E. General conclusions and recommendations. // Epilepsia. 2008. – Vol. 49 (Suppl. 1). – P. 58-61.
12. Dominic C. Heaney, Gail S.Bell, Josemir W.Sander. The socioeconomic, cultural and emotional implications of starting or withholding treatment in a patient with a first seizure. // Epilepsia. 2008. – Vol. 49 (Suppl.1). – P. 35-39.
13. Linda J.Stephen, Martin J.Brodie. Special problems: Adults and elderly. // Epilepsy. 2008. – Vol. 49(Suppl. 1). – P. 45-49.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Степени достоверности данных

(цит. по: European Handbook of Neurological Management. Edited by Richard Hughes, Michael Brainin and Nils Erik Gilhus, Blackwell Publishing Ltd., 2007)

Классы рекомендаций

Класс I. Проспективное исследование широкого спектра лиц, у которых подозревается данное состояние, с использованием «золотого стандарта» со скрытым анализом результатов и возможностью использования адекватных методов исследования с высокой диагностической точностью.

Класс II. Проспективное исследование узкого спектра лиц, у которых подозревается данное состояние или хорошо организованное ретроспективное исследование широкого спектра лиц, с установленным диагнозом (с использованием «золотого стандарта») в сравнении с широким спектром контрольных случаев со скрытым анализом результатов и возможностью использования адекватных методов исследования с высокой диагностической точностью.

Класс III. Данные ретроспективных исследований, в которых участвовали либо пациенты с установленным диагнозом, либо небольшое количество контролей со скрытым анализом результатов. **Класс IV.** Любое исследование без скрытого анализа результатов или данные, основанные только на мнении экспертов, или описательной серии случаев (без контролей).

Уровни рекомендаций

Уровень А (диагностические мероприятия оценены как прогностически полезные или бесполезные) – требуется как минимум одно исследование класса I с убедительными результатами или как минимум 2 не противоречащих друг другу исследования класса II.

Уровень В (диагностические мероприятия оценены как вероятно прогностически полезные или бесполезные) – требуется как минимум одно исследование класса II с убедительными результатами или большое количество исследований класса III.

Уровень С (диагностические мероприятия оценены как возможно прогностически полезные или бесполезные) – требуются убедительные данные не менее, чем 2 исследований класса III.

PRACTICAL ASPECTS OF MEDICAL CARE ORGANIZATION FOR PATIENTS WITH THE FIRST CONVULSIVE SEIZURE

A.D. Naumov¹, G.I. Naumova², O.I. Prusakova³, N.S. Deikalo³, I.G. Randarenko³, A.G. Brestsky³, Y.A. Sachek⁴

¹ Educational Institution "Vitebsk State Academy of Veterinary Medicine"

² Health Care Institution "Vitebsk Regional Diagnostic Center"

³ Educational institution "Vitebsk State Order of People's Friendship Medical University"

⁴ Health Care Institution "Vitebsk City Clinical Hospital of Emergency Medical Care"

Abstract

The first seizure is one or more seizures that have developed in the patient for the first time and can be repeated within 24 hours, with complete restoration of consciousness between them. To determine the prognosis of the first epileptic seizure and the development of therapeutic tactics, it is recommended in addition to clinical characteristics that have evidence level 3, recommendation class B, to carry out general physical and neurological examination (evidence level: 3, recommendation class B), biochemical blood test (evidence level: 2, recommendation class B), electroencephalography (evidence level 3, recommendation class B) and computer tomography (CT) or magnetic resonance imaging (MRI) of brain (evidence level: 2, recommendation class B).

In the presence of the first acute symptomatic seizure (metabolic encephalopathy, acute CNS trauma in patients with curable underlying seizure condition), the treatment of the disease that caused the seizure is recommended. Symptomatic therapy of the first unprovoked seizure is unjustified, unless the seizure is an epileptic status.

Key words: convulsive seizure, epileptic status, brain.